

ANNÉE 1945

N°

443

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

POTEAUX André-Louis-Robert

Né le 9 Mai 1919, à Amiens

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

5 JUIN 1945

LES

HERNIES OBTURATRICES NON ÉTRANGLÉES

Président : M. CADENAT, Professeur



AMIENS

IMPRIMERIE DU COURRIER PICARD

14-16-18, RUE ALPHONSE-PAILLAT

1945

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat :

Prénoms :

(éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

1

POTEAUX (André-Louis-Robert). — Les hernies obturatrices non étranglées. — *Amiens, Ed. Courrier Picard, 1945, in-8°, 68 p., 1 fig. (Th. méd. (Et.), Paris, 1945-N°).*

2

POTEAUX (André-Louis-Robert). — Les hernies obturatrices non étranglées. — *Amiens, Ed. Courrier Picard, 1945, in-8°, 68 p., 1 fig. (Th. méd. (Et.), Paris, 1945-N°).*

3

POTEAUX (André-Louis-Robert). — Les hernies obturatrices non étranglées. — *Amiens, Ed. Courrier Picard, 1945, in-8°, 68 p., 1 fig. (Th. méd. (Et.), Paris, 1945-N°).*

4

POTEAUX (André-Louis-Robert). — Les hernies obturatrices non étranglées. — *Amiens, Ed. Courrier Picard, 1945, in-8°, 68 p., 1 fig. (Th. méd. (Et.), Paris, 1945-N°).*

ANNÉE 1945

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

POTEAUX André-Louis-Robert

Né le 9 Mai 1919, à Amiens

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

LES HERNIES OBTURATRICES NON ÉTRANGLÉES

Président : M. CADENAT, Professeur



AMIENS

IMPRIMERIE DU COURRIER PICARD

14-16-18, RUE ALPHONSE-PAILLAT

1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN. **BAUDOIN.**

ASSESEUR **Léon BINET.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CADENAT.
Clinique chirurgicale orthopédique	MONDOR.
Clinique gynécologique	QUÉNU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEVEUF.
Clinique des maladies des enfants	MATHIEU.
Clinique des maladies infectieuses	MOCQUOT.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	DEBRÉ (R.).
Cliniques médicales	LEMIERRE.
Clinique médicale propédeutique	LÉVY-VALENSI.
Clinique de neuro-chirurgie	GUILLAIN.
Cliniques obstétricales	ABRAMI.
Clinique ophtalmologique	FIESSINGER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	P. VALLERY-RADOT.
Clinique thérapeutique médicale	VILLARET.
Clinique de la tuberculose	VINCENT (Cl.).
Clinique urologique	LANTUÉJOUL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.	LÉVY-SOLAL.
Histologie	PORTES.
	VELTER.
	LEMAITRE.
	SÈNEQUE.
	LOEPER.
	TROISIER.
	N...
	LIAN.
	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie	MM. BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. N...	{ GARCIN. DE GENNES. HAGUENAU. LELONG.
Anatomie patholo- gique	{ DELARUE. M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS.	Médecine générale { LENÈGRE. MARCHAL. MOLLARET. MOUQUIN. SOULIÉ.
Bactériologie	BONNET.	
Chimie médicale . . .	N...	
	{ AMELINE. FÈVRE. FUNCK-BRENTANO. MÉNÉGAUX.	Médecine légale . . { DESOILLE. DIGONNET.
Chirurgie générale	{ PATEL. SICARD. N... N... N...	Obstétrique { LACOMME. SUREAU, N...
Histologie	BULLIARD.	Ophtalmologie . . . RENARD.
Hydrologie	N...	Oto-rhino-laryngologie. HALPHEN.
Hygiène	N...	Parasitologie LAVIER.
		Parasitologie coloniale. N...
		Pathologie expér ^{le} . LEMAIRE.
	{ BARIÉTY. BERNARD (Ét.). BOULIN. BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.	Pharmacologie . . . { M ^{lle} J. LÉVY. N...
Médecine générale		Physiologie { RICHET. N...
		Physiologie médic ^{le} DESGREZ (H.).
		Thérapeutique . . . TURPIN.
		Urologie COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES & AGRÉGÉS

RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), **HUGUENIN** (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), **PIÉDELIÈVRE** (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgi- cale	MM. GATELLIER. De GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale .	MM. ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHÉ Guy. MOREAU.
Clinique obstétri- cale	ECALLE.	Clinique urologique.	FEY.

V. — CHARGÉS DE COURS

Puériculture . . N...	MM.	Stomatologie . . .	M.
Radiologie . . .	LEDOUX-LEBARD.		DECHAUME.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

	MM.
Bibliothécaire en chef	A. HAHN.
Bibliothécaires	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,
LE DOCTEUR EDMOND POTEAUX,
qui a été mon premier maître.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A TOUS LES MIENS.

A M. LE PROFESSEUR CADENAT,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE,
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR,

*qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR CARAVEN,

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS,
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

qui a bien voulu nous aider de ses conseils.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX D'AMIENS :

M. LE PROFESSEUR CARAVEN ;

M. LE PROFESSEUR HAUTEFEUILLE (*in memoriam*) ;

M. LE PROFESSEUR BAX ;

M. LE DOCTEUR SOURDAT.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS :

EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR BROcq (1942) ;

M. LE DOCTEUR JEAN RAVINA (1942-43) ;

M. LE DOCTEUR HUBER (1943) ;

M. LE PROFESSEUR ABRAMI (*in memoriam*)
(1943-44) ;

M. LE PROFESSEUR LENÈGRE (1944).

A MES CAMARADES D'ÉTUDES.

INTRODUCTION

.....

Depuis fin 1941, l'attention a été rappelée en France sur l'étranglement des hernies obturatrices.

En décembre 1941, notre maître le Professeur CARAVEN publie, dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, l'observation « d'un cas de hernie obturatrice étranglée depuis 12 à 15 jours, abordée par résection ilio-pubienne et guérie ». Et la publication de ce cas est le point de départ de la thèse de son élève MACHOIRE ; l'abord de la hernie par résection ilio-pubienne est soigneusement étudié par cet auteur et comparé par lui aux voies précédemment employées.

En 1943, CABY, de Corbeil, et son élève PAYA publient, dans le *Journal de Chirurgie*, un article sur le « Traitement de la hernie obturatrice avec fermeture totale du trajet herniaire ». Et ce travail est le point de départ de la bonne thèse de PAYA.

En 1943 également, LORTAT-JACOB et ROY communiquent à l'*Académie de Chirurgie* quatre nouveaux cas de hernie obturatrice étranglée ; ils discutent des circonstances étiologiques et proposent un procédé autoplastique de fermeture du trajet herniaire.

Quels progrès ces travaux ont-ils fait faire à la question ?

La réponse est différente aux deux points de vue de la voie d'abord et du trajet.

On discute encore la question de savoir quelle est la meilleure voie d'accès. Le Professeur CARAVEN n'a proposé la résection ibio-pubienne que pour les cas, peut-être exceptionnels, où le lever de l'étranglement est particulièrement difficile et où les procédés ordinaires restent sans effet.

PAYA, dans sa thèse, termine l'étude comparative des différentes voies d'abord par cette conclusion : la voie combinée abdomino-crurale de CABY, employée systématiquement est bien supérieure aux autres procédés. Cependant, LORTAT-JACOB et ROY ne sont pas convaincus, puisqu'ils déclarent, dans un article postérieur à la thèse de PAYA, que les voies combinées ne semblent pas devoir être systématiquement utilisées ; ils se disent partisans, dans le cas de hernie étranglée, de la voie simplement sus-inguinale avec incision parallèle de l'arcade.

Par contre, des progrès ont été faits en ce qui concerne le traitement du trajet herniaire.

CABY et PAYA ont proposé une autoplastie en bouchon ; un lambeau du moyen adducteur est passé de bas en haut à travers le canal sous-pubien et on le fixe au ligament de Cooper. Ce procédé, qui implique l'emploi de la voie combinée abdomino-crurale, leur a donné de bons résultats dans deux cas.

LORTAT-JACOB et ROY, utilisant la voie sus-inguinale, proposent également l'oblitération du canal herniaire par une autoplastie. Mais ils utilisent un lambeau aponévrotique qu'ils taillent sur le grand oblique.

Ces auteurs n'ont, en fait, étudié que les hernies obturatrices étranglées. En face d'un cas concret, ils l'ont solutionné comme ils ont pu, et il en a toujours été ainsi. Mais certains des problèmes que posent les hernies étranglées (voie d'abord, fermeture du trajet herniaire)

sont en partie communs avec ceux que posent les hernies non étranglées, à la différence que, dans ces dernières, l'opérateur a le temps de la réflexion, du choix bien étudié de la voie d'abord. Ce sont précisément ces conditions spéciales du diagnostic et du traitement (des hernies non étranglées) que nous avons eu l'idée d'étudier dans ce travail.

Que savons-nous des hernies obturatrices non étranglées ? Peu de choses en vérité. Et les observations que nous avons recueillies en parcourant la littérature médicale sont encore bien peu nombreuses. Aussi le cas que nous avons eu l'occasion d'observer avec notre maître, le PROFESSEUR CARAVEN, aurait déjà présenté de l'intérêt par sa rareté même. Mais, de plus, ce fut pour nous l'occasion de constater combien le diagnostic peut être rendu difficile par la coexistence d'une autre affection, qui attire l'attention et qui complique l'apparence clinique. Enfin, cette opération aboutit à un intéressant succès thérapeutique. Toutes raisons qui nous ont amené à faire de cette observation le point de départ de notre travail inaugural.

LES OBSERVATIONS PUBLIÉES DE HERNIES OBTURATRICES NON - ÉTRANGLÉES

.....

Les premiers cas publiés de hernie obturatrice qui soient parvenus jusqu'à nous se trouvent dans le « Mémoire sur plusieurs hernies singulières » que M. DE GAREN-GEOT adressa, en 1743, à l'Académie royale de chirurgie.

GAREN-GEOT y relate d'abord un cas personnel de hernie étranglée sur laquelle il réussit le taxis. Puis, il cite les auteurs qui, à sa connaissance, en avaient déjà observé : Arnaud de Ronsil, le père (en 1722), Arnaud fils, Garé, DUVERNAY qui, en 1724, observa, *sur le cadavre*, une hernie obturatrice double, sur laquelle Garengéot donne quelques précisions :

« M. DUVERNAY trouva dans un même bassin d'une femme qu'il disséquait, deux portions d'intestin qui avaient enfoncé le péritoine aux parties supérieures des deux trous ovalaires, et avaient formé deux tumeurs, chacune de la grosseur d'un œuf, entre les têtes antérieures des muscles triceps de chaque côté. Et comme ces tumeurs intestinales n'étaient pas encore assez avancées pour faire prononcer une éminence à la graisse et à la peau qui les recouvrait, on n'apercevait aucune saillie en dehors. »

GAREN-GEOT rapporte ensuite l'observation de MALAVAL, qui constitue *le premier cas publié de hernie non*

étranglée observée sur le vivant. Nous transcrivons intégralement la relation de GARENGEOT :

OBSERVATION DE MALAVAL (IN GARENGEOT)

« M. Malaval nous a fourni un exemple fort remarquable d'une hernie par le trou ovalaire. Il dit qu'il vit, l'été dernier, une demoiselle qui avait une tumeur ronde et inégale à la partie supérieure interne de la cuisse gauche ; les accidents dont cette tumeur était accompagnée lui firent soupçonner une descente. Dès qu'il eut vu et touché la tumeur, il reconnut que c'était une hernie par le trou ovalaire. Il entreprit de la réduire et fit rentrer effectivement l'intestin, mais il resta toujours quelque chose dans le sac herniaire qui ne put se réduire et qu'il soupçonna être l'épiploon. Après avoir réduit cet intestin plusieurs fois en différents jours, sans pouvoir replacer l'épiploon, il conseilla à la malade de voir M. Arnaud. Elle le manda et ce chirurgien reconnut d'abord la hernie par le trou ovalaire. Quelque habileté qu'il eût à manier les hernies, il ne put réduire que l'intestin, de même que M. Malaval, et il dit à la malade qu'il lui fallait faire l'opération pour amputer l'épiploon. La demoiselle y consentit et M. Arnaud procéda ainsi : Il commença par faire la réduction de l'intestin ; après quoi, il fit une incision sur la tumeur, seulement à la peau et à la graisse pour découvrir le sac herniaire. Lorsqu'il l'eut découvert, il l'ouvrit et y trouva une portion de l'épiploon de la grosseur d'une noix ; il le coupa dans l'endroit où il passait entre les têtes antérieures du muscle triceps ; il coupa ensuite une portion du sac et enfonça le reste entre les têtes de ce muscle. Il garnit la plaie de bourdonnets, la pansa ensuite à la manière ordinaire, et l'opération réussit parfaitement. »

GARENGEOT relate enfin brièvement un cas de hernie obturatrice survenu chez un homme.

OBSERVATION DE GARENGEOT

« Un sellier de la rue du Sépulchre vient d'avoir une tumeur à la cuisse droite près le périnée. Cette maladie a été prise d'abord pour un abcès : on a prescrit des cataplasmes pour l'amener à suppuration. En examinant l'effet des cataplasmes, et pressant la tumeur avec les doigts pour sentir s'il y avait du pus, l'intestin qui formait réellement cette tumeur s'est retiré et a rentré tout à coup. Un événement si inattendu a mérité l'attention des habiles chirurgiens qui voyaient le malade et leur a fait conclure, après un examen sérieux, que la tumeur qui venait de disparaître était une hernie par le *trou ovalaire*, et ils lui indiquèrent sur le champ pour la fabrique d'un bandage M. Sorraiz, qui m'a dit avoir reconnu l'endroit où était la hernie. »

Après les cas cités par Garengéot, la hernie obturatrice, dont l'existence avait encore été niée par RENAULME DE LA GARENNE après la communication de Duvernay, ne pouvait plus être discutée et bientôt de nouveaux exemples en furent donnés.

En 1769, ESCHENBACH, de Rostock, observe « une jeune fille de 24 ans, solidement constituée, qui, ayant un jour soulevé un fardeau trop lourd, sentit bientôt après se former, dans la région inférieure de l'abdomen, une tumeur du volume à peine d'une noisette et s'accompagnant de quelques douleurs ». Cette tumeur diminuait et même disparaissait pendant la nuit, et réapparaissait pendant le jour.

Progressivement, la tuméfaction augmente de volume, et au bout de six mois la malade consulte Eschenbach. Il constate la présence d'une tumeur cylindrique un peu plus grande que le pouce, impulsive à la toux, et « située à l'endroit intermédiaire à ceux qu'occupent

la hernie scrotale et la hernie crurale ». Sur quoi, il diagnostique une hernie obturatrice. Il la réduit, mais comme elle se reproduit, il ordonne le repos au lit et fait construire un appareil comportant une bourse destinée à recevoir la hernie et dont la capacité est diminuée peu à peu.

Il obtient ainsi progressivement une réduction complète de l'intestin. Une pelote est alors appliquée ; la malade « put se livrer sans gêne à ses occupations et elle continua à porter l'appareil pour prévenir une rechute ».

Peu de temps après, ESCHENBACH observa chez un homme d'un peu plus de 20 ans, une hernie « tout à fait semblable à la précédente, et qui céda aux mêmes moyens ».

Si, dès cette époque, les cas de hernies étranglées sont nombreux, *les cas de hernies non étranglées restent l'exception*. Par contre, les observations cadavériques sont relativement fréquentes.

HEUERMANN, en 1773, observa au cours d'une autopsie une hernie obturatrice contenant de l'intestin non adhérent et ne formant pas à l'extérieur de tumeur appréciable, bien que le sac se soit développé jusque sous le pectiné. Il parvint à savoir que cette femme n'avait jamais ressenti de douleur en ce point.

En 1801, LAWRENCE observe sur un cadavre une hernie obturatrice double.

En 1819, DUPUYTREN observe un cas *sur le vivant* (in thèse VINSON). Il s'agit d'un homme. Au cours d'un effort, il voit se former une hernie qui augmente bientôt de volume. Des nausées et des coliques surviennent. La tumeur est d'abord prise pour une hernie crurale, pour une varice, pour un anévrysme. Dupuytren fait le diagnostic et réduit la hernie, puis il fait confectionner un bandage, mais comme celui-ci ne tient pas, la

hernie n'est pas contenue. Et nous ne savons pas ce qu'il advint ensuite du malade.

En 1832, RUST observe sur un cadavre de femme un sac herniaire. Il le trouve « tellement rétréci, particulièrement à son col, que les viscères qui l'avaient occupé devaient être réduits depuis longtemps ». Et il conclut : « Cette préparation offre une preuve de la guérison possible de cette hernie, même sans traitement. » (?)

En 1839, DEMEAUX observe sur un cadavre une hernie obturatrice coexistant avec une hernie crurale du même côté, chez un homme. Dans un compte rendu fort complet, il note en particulier, que l' « ouverture qui a donné passage à la hernie est considérablement agrandie : elle a 8 lignes de diamètre. »

En 1845, OLIVARÈS, de Santiago, rapporta un cas de hernie obturatrice resté unique dans les annales de la médecine.

Sa malade avait vu, à l'âge de 11 ans, une petite tumeur apparaître à gauche, en dehors de la vulve, à la suite d'un léger effort.

Progressivement, la tumeur augmente de volume et au bout de quatre ans, elle a acquis le volume d'une tête de fœtus à terme. La malade découvre alors sur la fesse, du même côté, une autre tumeur à peu près grosse comme une orange. Les deux tumeurs se réunissent. La masse grossit toujours, rendant la marche presque impossible et, après 15 ans d'évolution, elle s'ulcère et s'infecte.

Olivarès est appelé à ce moment-là auprès de la malade alors âgée de 36 ans. La tumeur, énorme, « remplissait tout l'espace qu'il y a entre les cuisses écartées et descendait jusqu'aux genoux ». Sur la malade debout, « elle descendait jusque près des malléoles ».

Un sillon marquait la séparation des deux tumeurs primitives.

Olivarès diagnostique un lipome et, après avoir beaucoup hésité, consent à l'opération.

Il dissèque la masse en commençant par l'extrémité inférieure. Mais arrivé à la partie supéro-interne de la cuisse, il doit s'arrêter « *parce que la tumeur adhérerait à une anse intestinale herniée et sortant par le trou obturateur* ».

Sans se déconcerter, il sépare la tumeur de cette hernie obturatrice et lie les vaisseaux obturateurs, qui avaient acquis un volume considérable. Puis, dissèque la partie postérieure de la tumeur. Il se croyait à bon droit à la fin d'une opération qui durait déjà depuis deux heures lorsqu' « *une grande portion d'intestin contenue dans un sac herniaire, se présenta, sortant de l'échancrure sciatique et adhérant à la tumeur* ».

Olivarès sépare cette *hernie ischiatique* de la tumeur, comme il en avait séparé la *hernie obturatrice*, puis referme incomplètement et fait un pansement. Et sa malade guérit sans suppuration !

Ils'agissait donc, dans ce cas si curieux, d'une énorme masse lipomateuse, adhérant par son extrémité supérieure à une hernie obturatrice et à une hernie ischiatique non étranglées.

En 1868, LÉON MARIE observe une tumeur apparue dans la grande lèvre « au siège de la glande de Barthelin » dure, bosselée, très sensible, mais « donnant à la toux la pulsation herniaire ». Il diagnostique une hernie obturatrice, la réduit sans difficulté, et moyennant quelques précautions, la réduction se maintient.

En 1870, MULLER observe chez une femme une hernie obturatrice *de la grosseur d'un œuf*, survenue à la suite d'une chute en arrière et qui pouvait facilement être réduite,

L'auteur ajoute que « près de la branche descendante du pubis, on trouvait la déchirure de la membrane obturatrice ». (?)

Le traitement fut le suivant : repos absolu, les fesses étant très élevées, avec application de compresses maintenues par un spica de l'aine. On obtint une guérison complète au bout de huit jours. Toutefois, la malade ne quitta le lit que quatre semaines plus tard.

PICQUÉ et POIRIER, dans le classique et important mémoire qu'ils firent paraître sur la hernie obturatrice, en 1891, ne citent pas de *nouveau cas de hernie non étranglée* reconnue pendant la vie ; ils citent seulement un cas de sac vide découvert à l'autopsie par SCOTT LANG, où cet auteur a noté que l'orifice du sac pouvait être atteint par un doigt introduit dans le vagin et deux cas, cadavériques également, de hernie obturatrice double avec étranglement d'un côté, *absence d'étranglement de l'autre*.

FREDET, en 1901, fit une étude détaillée d'une pièce de hernie obturatrice trouvée par hasard sur le cadavre et sur laquelle il n'avait aucun renseignement clinique.

Nous n'avons pu rassembler que cinq observations de hernie non étranglée, publiées depuis 1900. Encore, dans deux des cas, ceux de MARSHALL et de THOYER-ROSAT, l'existence de la hernie n'a pas été vérifiée, et le diagnostic est discutable.

Un des cas les plus intéressants est celui de VAN ZWALENBURG : il opéra, en 1911, une hernie obturatrice double non étranglée et il revit en 1920, sa malade qui présentait d'un côté une récurrence qui amena sa mort.

Première observation de VAN ZWALENBURG :

J'ai observé pour la première fois ma malade, M^{me} A., âgée de 76 ans, le 24 décembre 1910. Elle était remarquablement amaigrie, pesant 110 livres (50 kilos), bien que sa taille fut de 5 pieds 6 pouces (1 m. 67) et qu'elle eût récemment pesé 150 livres (68 kilos).

Histoire de la maladie : M^{me} A., mère de 4 enfants, s'est ordinairement bien portée, mais n'a jamais été robuste. *Il y a 26 ans*, elle commença à avoir des douleurs abdominales à type de coliques se produisant soudainement, persistant quelques minutes, et réapparaissant toutes les deux ou trois heures. Leur intervalle variait entre une fois en six mois et deux fois la semaine.

Jusqu'à il y a environ quatre ans, la douleur était rapportée au côté droit de l'abdomen, en bas, avec quelquefois irradiations dans la cuisse droite. Depuis ce temps, la douleur a été souvent rapportée au côté gauche. Toutefois, elle peut se produire aussi de l'autre côté, mais la malade ne se trompe généralement pas en prévoyant que, lorsque la douleur se produit à droite, elle est moins pénible et d'une plus courte durée.

Durant ces 26 dernières années, elle a été soignée de façon diverse pour des troubles d'estomac et d'autres formes de dérangement digestif. Elle a été mise au régime, si bien qu'elle est très précautionneuse sur sa nourriture, et qu'elle a réduit son alimentation à un minimum, aggravant, sans aucun doute, son amaigrissement.

L'attaque brusque et la nature colique de la douleur firent penser à quelque forme d'étranglement due à la torsion d'un organe abdominal ou à une hernie. Mes recherches portèrent d'abord sur la région pélvienne. Un examen bimanuel ne révéla aucune cause pouvant expliquer la douleur. A ma deuxième visite, à l'occasion d'une crise sévère, la malade me parla d'une douleur le long de la face interne de la cuisse et descendant jusqu'au genou. Une fois, la première manifestation

qu'elle eut d'une crise de coliques fut *une douleur excruciante dans le pied*, remontant le long du membre. Un autre symptôme suggestif fut le fait que trois ou quatre ans auparavant, elle avait découvert que la position genu-pectoral ou une autre qui approchait de la position renversée de l'abdomen, semblait adoucir la douleur.

Des investigations ultérieures me révélèrent que lorsque survenait une crise de colique, la région du trou obturateur était sensible. Relachant les muscles adducteurs en croisant les jambes, il me sembla qu'il y avait à cet endroit une petite masse, comme le produirait une hernie procidente. Mais je fus frappé par la difficulté de localiser une petite masse saillante sous ces muscles chez une femme aussi maigre que M^{me}A. Il me fut possible en deux ou trois occasions par diverse pressions et manipulations, de soulager la douleur ; et après la cessation de la colique, aucune zone de sensibilité ne pouvait être déterminée. Le diagnostic de hernie obturatrice gauche semblait assuré. Pour nous résumer, on trouvait : 1^o Le début soudain, inattendu, de la douleur ; 2^o Ses caractères de colique ; 3^o L'irradiation le long du nerf obturateur ; 4^o La sensibilité de la région obturatrice ; 5^o Le soulagement de la douleur par certaines attitudes ; 6^o Le soulagement de la douleur après taxis ; 7^o L'absence de sensibilité une fois la crise passée.

Etant donné la fréquence croissante, l'intensité des douleurs et le danger d'étranglement, la cure radicale fut envisagée et finalement acceptée.

Elle fut réalisée le 14 mars 1911. La patiente fut endormie à l'éther. Une incision ayant été faite à travers le grand droit gauche, la position de Trendelenburg donna une exposition magnifique des régions obturatrices. L'orifice obturateur gauche était nettement agrandi, recevant facilement l'index. Une paire de pincettes hémostatiques fut introduite dans l'orifice et l'intérieur du sac saisi et retourné dans l'abdomen. Il avait environ 2 pouces (5 centimètres) de long. Une suture en catgut

chromé fut alors passée en dedans et en dehors le long du sac retourné et l'ensemble entièrement fixé sur le trou obturateur, imitant une technique que j'ai vu Ch. Mayo employer dans les hernies crurales, en partant de l'intérieur de l'abdomen qu'on avait ouvert pour une autre cause morbide. C'est une modification du retournement du sac de la hernie inguinale de Kocher : ici, on ne pique pas le sac en arrière, en avant, à travers les muscles comme on le fait dans la méthode de Kocher. L'assurance que le Dr Mayo m'avait donnée que c'était une méthode absolument sûre me donna confiance pour l'essayer ici, les conditions me semblant pratiquement identiques dans les deux formes de hernie (les bords anguleux et le petit sac).

Le trou obturateur droit était assez large pour admettre aisément le petit doigt. Le sac fut aussi retourné et fermé de la même manière que le gauche. Une masse de graisse fut trouvée adhérente au sac et ceci explique pour une part pourquoi les crises de coliques du côté droit ne semblaient pas aussi pénibles que celles du côté gauche : il y avait évidemment moins d'intestin forcé dans cette ouverture. L'abdomen fut refermé et la malade fit une convalescence sans incident. Elle quitta l'hôpital le 26 mars, treize jours après l'opération. Elle fut depuis lors, il y a vingt mois maintenant, débarrassée de ses coliques et de tout trouble. »

Deuxième observation de VAN ZWALENBURG

• (récidive chez la même malade).

« A la suite de son opération, ma malade se rétablit sans incident et fut pendant six ou sept ans entièrement débarrassée de ses douleurs à type de coliques.

« Au bout de cette période, se produisit une réapparition progressive et incomplète des douleurs, mais avec un caractère d'intensité ou de sévérité beaucoup moindre.

La maigreur persistait et même augmentait plutôt, bien que la malade fut par ailleurs en très bonne santé.

En août dernier (1920), elle passait ses vacances à la mer et elle fut prise, vers le 17, de douleurs qui se prolongèrent avec une intensité variable et sans la rémission complète qu'on avait obtenue les fois précédentes.

Le 27 août, on la mit en ambulance et on la transporta à Riverside, à 60 miles de l'endroit où elle se trouvait.

Elle n'avait pas vu de médecin depuis dix jours. Quand je la vis le soir, dès son arrivée, elle vomissait fréquemment et rejetait plus de liquide par vomissements qu'elle ne pouvait en absorber. Elle souffrait de la soif habituelle en pareil cas. Son abdomen était considérablement distendu, mais avec une douleur modérée et pratiquement limitée au quadrant inférieur droit. Par le vagin, je pouvais sentir un repli de tissus menant au trou obturateur, mais je ne pus le déloger. Je pensais que c'était l'intestin pénétrant dans le sac herniaire. Cette opinion fut plus tard confirmée.

Je fis le diagnostic de hernie obturatrice étranglée. En raison de son âge, 85 ans maintenant, des dix jours qui s'étaient écoulés depuis l'incarcération, et de la prostration profonde, l'opération fut seulement envisagée et formellement refusée par la famille.

Elle mourut le lendemain et fut autopsiée le surlendemain.

A l'autopsie, l'abdomen est considérablement distendu. Après ouverture du péritoine, nous apercevons l'intestin grêle dilaté, et l'ileon descendant vers le trou obturateur droit, ou une anse située à 3 pieds environ du cœcum (90 centimètres) était fortement encastrée dans le sac herniaire. Il était impossible de replacer l'intestin dans l'abdomen, et, jusqu'à ce que le sac lui-même eut été disséqué et la constriction relâchée, on ne put faire passer l'anse par l'ouverture. A notre grande surprise, *il n'y avait pas d'étranglement*. L'intestin était

simplement incarcéré, empêchant complètement son contenu alimentaire de passer en ce point : *obstruction complète sans étranglement*. La cause de la mort était sans aucun doute, la toxémie qui accompagne l'obstruction intestinale. »

En 1919, MARSHALL publia une observation de « Douleur associée au niveau du genou et de la verge » qu'il rapporta à une hernie obturatrice.

OBSERVATION DE MARSHALL.

« Un homme de taille, de poids et de développement musculaire moyens, aux environs de la cinquantaine, en parfaite santé, a remarqué un trouble de la sensibilité survenu graduellement, sans cause apparente, dans le territoire de distribution des filets du nerf honteux interne, à la partie dorsale de la verge. Il a également accusé de temps en temps une douleur à la face interne du genou gauche ; cette douleur généralement tout à fait localisée à une petite surface, peut, lorsqu'elle s'exacerbe, encercler la rotule.

« Quand la douleur au niveau de la verge est à son acmé, elle est également à son maximum au niveau du genou ; aux deux endroits, elle est caractérisée par une sensation de brûlure qui va augmentant et devient lancinante.

« Le patient souffre depuis deux ans et huit docteurs, qu'il est allé consulter, se sont montrés impuissants à le soulager.

« Un spécialiste des voies génito-urinaires a pratiqué une cystoscopie sans découvrir aucune anomalie. On effectua sans résultats des dilatations par sondes de l'urètre ; l'examen radiologique du pelvis fut négatif ; enfin, on procéda à l'exérèse des vésicules séminales en invoquant une probable obstruction de leurs orifices. Les douleurs cessèrent après l'opération, le temps qu'il

demeura au lit, mais recommencèrent avec la reprise de la vie active.

« Cet homme a été examiné par un neurologue bien connu de Boston qui ne crut pas à une névrite vraie du nerf honteux interne et l'adressa à l'auteur en supposant que peut-être une défectuosité indéterminée d'ordre orthopédique pouvait être à l'origine de ces douleurs.

« L'examen physique pratiqué par l'auteur ne révéla tout d'abord l'existence d'aucun signe objectif. Une radiographie se montra négative et des bandes compressives de diachylon appliquées tout autour du bassin de façon à renforcer les ligaments pelviens, n'eurent aucun effet sur les symptômes. On ne découvrit aucune anomalie au niveau du genou.

« Un diagnostic ne pouvait donc être posé que sur l'histoire clinique et les symptômes subjectifs.

« Il faut mentionner dans l'histoire du malade que celui-ci a pu continuer son métier de décorateur d'intérieurs, mais a présenté de temps en temps des périodes de défaillance nerveuse. Il souffre parfois énormément (il est parfois dans un état pitoyable), puis ses souffrances disparaissent partiellement pendant un certain temps.

« Il a remarqué que marcher, se baisser, se promener le calme parfois et que la souffrance cesse lorsqu'il a été assis 10 ou 15 minutes dans un fauteuil de cinéma, où il va souvent. Lorsqu'il prend un bain, les symptômes cessent parfois également, et il ne souffre généralement pas quand il est au lit.

« L'auteur a été incapable de rattacher tout cela à aucun ensemble de symptômes dont on sait qu'ils accompagnent les efforts musculaires ou ligamentaires, les affections osseuses ou articulaires ou les néo-productions osseuses. Cependant le problème semblait si typiquement d'ordre anatomique que, finalement, on envisagea la possibilité d'une hernie obturatrice, et à une nouvelle visite, on refit un examen soigneux du malade. Sur le malade étendu sur le dos, cuisses demi-fléchies et

en abduction, la pression digitale au niveau du trou obturateur gauche, derrière les insertions des muscles adducteurs de la cuisse, réveilla une sensibilité localisée nette, et le malade observa qu'il n'avait jamais, jusqu'à présent, eu conscience de ce point douloureux. Extérieurement, on ne notait aucune saillie, ni aucune modification appréciable des muscles adducteurs.

« La pression des doigts dans la région de l'échancrure sacro-sciatique gauche provoqua une sensation de laxité quand la pression était assez accentuée, mais aucune sensation anormale d'endolorissement comme dans la région du trou obturateur. En poursuivant l'interrogatoire, on parvint à faire préciser au malade que la douleur au niveau de la verge était plus accentuée du côté gauche, ce qui est significatif, étant donné que la douleur siégeait au genou gauche également. Les symptômes péniens toutefois s'étendaient tout le long de la verge jusqu'à son extrémité, de chaque côté, et en arrière jusqu'à trois centimètres.

« On fit porter au malade un bandage herniaire formé de pelotes de feutre de tailles appropriées, attachées à des lanières faites de plusieurs couches de ruban adhésif, et disposées de telle sorte que les trous obturateurs et sacro-sciatique se trouvent comprimés. Mais, en fait de résultats, on s'aperçut seulement que la pelote sciatique rendait la position assise très inconfortable et que la pelote obturatrice ne faisait pas céder les symptômes douloureux, comme on se l'était tout d'abord imaginé. Cet appareil fut donc abandonné.

« *Interprétation de ce cas.* — Les nerfs honteux internes sortent du bassin par la grande échancrure sacro-sciatique, mais le regagnent aussitôt par la petite échancrure sacro-sciatique après avoir contourné les épines sciatiques. Puis, en gros, ils suivent les arcs osseux pelviens avec les rameaux ischiatiques et pubiens, contournant les bords internes du trou obturateur, accompagnés par les artères honteuses internes, jusqu'à leurs

terminaisons intra-péniennes. Chaque nerf honteux interne est compris dans une gaine formée par aponévrose obturatrice, sur une partie de son trajet.

« Les nerfs obturateurs passent du bassin dans la cuisse par le trou obturateur à sa partie supérieure et vont inverser les adducteurs, l'articulation de la hanche et du genou, fournissant parfois des branches pour les téguments de la cuisse et de la jambe.

« La masse d'une hernie obturatrice pourrait, si elle était de taille suffisante, provoquer un tiraillement des nerfs honteux internes et des rameaux de l'obturateur et provoquer des douleurs analogues à celles ressenties par le malade.

« Etant donné la sensibilité localisée au trou obturateur gauche et la variabilité des symptômes, on a posé le diagnostic d'une hernie obturatrice réductible qui tire ou comprime de temps en temps les nerfs obturateurs et honteux internes du côté gauche. La souffrance cesse lorsque la hernie ne descend pas dans le sac herniaire.

« Le traitement de cette hernie est assez aléatoire quant aux résultats et le malade se refuse à subir de nouvelles interventions actuellement, tant qu'il peut travailler régulièrement et que ses souffrances ne font pas de lui un infirme. On l'a averti des dangers d'un étranglement possible, et il a promis d'aller trouver le chirurgien dès qu'il ne sera plus en mesure de calmer sa douleur en réduisant lui-même sa hernie par les procédés qu'on lui a enseignés.

« La douleur que ressent le malade au niveau du genou ne peut guère le faire considérer comme relevant de l'orthopédie, mais étant donné la multiplicité des manifestations douloureuses qu'il présente, j'ose espérer qu'on voudra bien, eu égard à l'intérêt général de ce cas, négliger le fait qu'il a été présenté par un chirurgien orthopédiste. »

Ce cas n'a pas été opéré, *il persiste donc un doute* sur la réalité du diagnostic.

En 1919, également, MILLIGAN publia un article sur *La voie inguinale dans la cure radicale des hernies obturatrices* :

OBSERVATION DE MILLIGAN.

« Récemment, l'attention a été de nouveau attirée sur l'intérêt que présente la voie d'abord inguinale dans la cure radicale de la hernie crurale. A côté de nombreux autres avantages, elle permet l'oblitération du sac. Il est intéressant de noter que cette voie d'abord convient également pour la cure radicale de la hernie obturatrice. Un malade que j'eus récemment à étudier illustre de façon typique les cas justifiables d'un tel mode d'intervention.

« Le malade accusait une douleur sourde siégeant à la partie interne de la cuisse droite, ainsi qu'une sensibilité vague étendue à la partie supérieure et interne du muscle pectiné. Tous ces symptômes, disait le malade, s'exagéraient plusieurs fois au cours de la journée et une ou deux fois la nuit pendant le sommeil, par le seul fait de tourner brusquement la jambe en dehors. Ces troubles étaient surtout pénibles et n'entraînaient que peu d'impotence. Le malade avait déjà été examiné de façon très approfondie et hospitalisé en différents endroits, afin de tenter de poser un diagnostic ; on soupçonnait qu'il devait s'agir d'une hernie obturatrice, mais les méthodes cliniques s'étaient révélées impuissantes à préciser le diagnostic et les symptômes persistaient sans modifications.

« Je décidai de procéder à une exploration du trou obturateur et j'adoptai cette voie d'abord, qui me paraissait respecter davantage les tissus et les dispositions anatomiques.

« On fit une incision oblique parallèle et sus-jacente

à l'extrémité interne du ligament de Poupard, montrant l'orifice externe du canal inguinal et l'insertion de l'aponévrose du grand oblique sur le ligament de Poupard. L'aponévrose fut incisée suivant la ligne de l'incision cutanée et la partie supérieure réclinée. Le cordon spermatique fut également récliné vers le haut et l'on reconnut la veine iliaque externe et l'anneau crural. Avec des écarteurs profonds, on repoussait le péritoine vers le haut à partir du pubis, lorsque à 2 cm. 5 environ derrière l'anneau crural, on découvrit et sentit le trou obturateur par lequel le nerf obturateur s'engage et disparaît dans la cuisse, après avoir longé de façon très visible la paroi du bassin.

« On retira le sac de la hernie du trou obturateur sans difficulté et, grâce à la voie d'abord choisie, on put en assurer l'oblitération.

« La méthode décrite ci-contre, si elle est tout spécialement indiquée dans ce cas particulier, n'est toutefois pas recommandée dans un étranglement par une hernie obturatrice, car on ne saurait en diagnostiquer cliniquement avec certitude l'étiologie. Un tel accident abdominal serait justifiable, au contraire, d'une laparotomie pour en explorer et en traiter la cause. »

En 1927, HORINE publia un cas de hernie obturatrice opéré une première fois en cours d'étranglement, puis une deuxième fois pour récurrence, en dehors de tout étranglement.

OBSERVATION D'HORINE

« J. F., âgé de 24 ans, fut admis à l'hôpital de l'Université de Maryland en mars 1923, envoyé par le Docteur Metzger du Service médical. Il avait été opéré de hernie inguinale bilatérale seize ans auparavant à York, Pensylvanie. Depuis lors, il se plaignait de violents accès de douleurs survenant de façon intermittente au niveau de la partie inférieure de l'abdomen.

« L'inspection montra la présence de cicatrices des opérations précédentes. A l'examen, l'abdomen était distendu, très sensible et douloureux dans le quadrant inférieur droit. L'examen rectal se montra négatif. Un diagnostic ferme ne put être posé, car le patient souffrait également d'une intoxication au gaz d'éclairage survenue après un premier accès douloureux quatre jours auparavant. On suggéra le diagnostic d'ileus dû probablement à l'intoxication par le gaz d'éclairage.

« A l'intervention, pratiquée par le Dr Arthur M. Shipley, on trouva une anse iléale dans le trou obturateur (hernie étranglée de Richter). On n'essaya pas de traiter le sac herniaire, étant donné la faible résistance du patient. La convalescence fut difficile pendant quelques jours. Le patient sortit de l'hôpital trois semaines après l'opération. Récidive deux mois plus tard. Entre temps le patient se plaignit de douleurs surtout accentuées lorsqu'il était obligé d'être longtemps debout. La douleur présentait des irradiations vers le genou. (S. de Howship-Romberg.)

« Seconde intervention le 2 mai 1923. Incision à travers le grand droit droit. L'index pénètre dans le trou obturateur droit, sur une longueur de 7 centimètres 5 environ. On procéda à la suture du sac au péritoine pariétal après avoir attiré le sommet du sac à travers le foramen. Le patient survécut trois ans, paraissant guéri de sa hernie, mais mourut accidentellement de noyade. »

En 1931, THOYER-ROZAT rapporte « un cas de hernie obturatrice mis en évidence au cours d'un examen radioscopique ».

Une jeune femme se plaignait « de digestions lentes, aigreurs, regurgitations acides avec douleurs épigastriques ». Pas de constipation, ni d'occlusion, ni de coliques de type appendiculaire.

« A la palpation, abdomen souple ; légère douleur

dans la région cœcale au niveau du bas-fond, mais celui-ci n'est pas dilaté et facilement mobilisable. »

On fit un examen radiologique complet du tube digestif et en scopie 5 heures et 10 heures après l'ingestion de 200 grammes de gelobarine, on observa « *une tache barytée incluse dans le trou obturateur droit* ».

On donna un nouveau repas et, 24 heures plus tard, on constata qu'il restait « *un peu de baryte dans le trou obturateur* ».

Sur quoi, l'auteur conclut à la présence d'une hernie obturatrice.

Nous pensons être raisonnable en faisant remarquer combien de pareilles conclusions sont imprudentes. Cette malade n'a pas été opérée et rien ne permet d'affirmer qu'elle avait une hernie obturatrice.

En 1944, nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique du Professeur CARAVEN, un cas de hernie obturatrice non étranglée avec névralgie obturatrice vive coexistant avec une coxarthrie ; l'observation de ce cas a été le point de départ de ce travail. La voici :

OBSERVATION DU PROFESSEUR CARAVEN
(Académie de Chirurgie de Paris, séance du 2 mai 1945)

« Je viens d'opérer une hernie obturatrice irréductible à l'occasion d'une névrotomie abdominale du nerf obturateur ; celle-ci était dirigée contre des douleurs attribuées à une coxarthrie. J'ai fait d'utiles constatations sur la compression du nerf obturateur et j'ai pu fermer l'orifice profond du canal sous-pubien d'une manière aussi simple qu'inattendue ; je crois intéressant de publier cette observation en détail.

« Il s'agissait d'un homme de 69 ans auprès duquel je fus appelé parce qu'il souffrait de la racine de la cuisse droite. Il avait une tumeur de consistance osseuse entre

l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'artère fémorale. Je fis le diagnostic d'ostéo-arthrite chronique de la hanche à forme ostéophytique et ce diagnostic fut confirmé par la radiographie. Elle montra notamment le comblement de la concavité supérieure du col fémoral, un volumineux ostéophyte du toit du cotyle, le pincement extrême de l'interligne en haut et la rupture de l'arc cervico-obturator avec ascension de la tête fémorale.

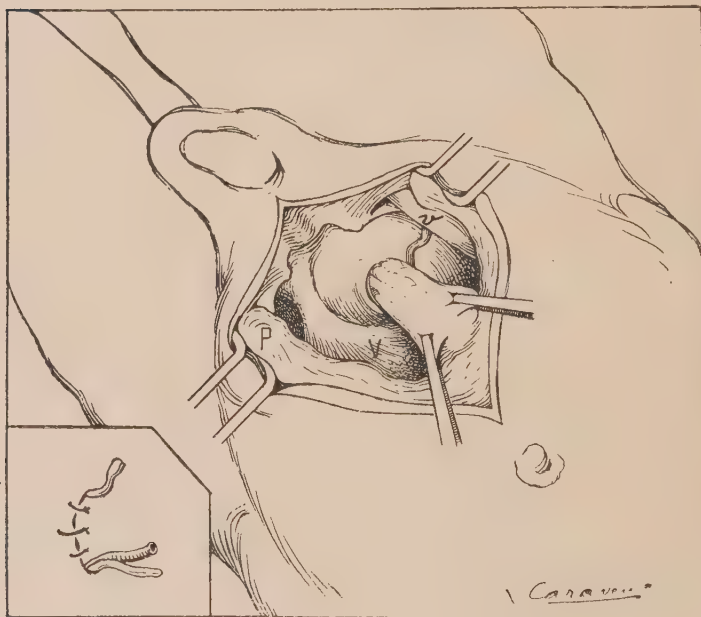
« Je fus frappé de constater que la flexion et l'abduction n'étaient pour ainsi dire pas réduites et qu'il n'y avait pas cette contracture des adducteurs qui est de règle dans les coxarthries. Le syndrome fonctionnel se réduisait à de la fatigabilité pendant le travail (jardinage). Par contre, les douleurs étaient vives ; le malade les localisait à la partie supéro-interne de la cuisse, avec irradiations à la face interne du genou, à la partie supérieure du mollet, et même au cou de pied. Elles avaient commencé neuf ans auparavant et elles affectèrent dès le début le type de la névralgie obturatrice puisque, à l'hôpital de Bar-le-Duc où le malade fut soigné, un médecin « proposa « l'extirpation d'un nerf qui va de la racine de la cuisse jusqu'au genou ». L'opération ne fut pas faite.

« Je mis ces douleurs sur le compte de l'arthrite. Le malade était fatigué ; il n'était pas indiqué de faire une resection arthroplastique ; il fallait se résoudre à une opération mineure et je proposai la névrotomie abdominale de l'obturateur, qui fut acceptée.

« Le 21 décembre 1944, opération en présence des Docteurs Caumartin (médecin traitant), O. Liénart et A. Poteaux. Laparotomie médiane. L'incision du plan musculaire est poussée très bas devant la symphyse pour obtenir ensuite l'écartement maximum des grands droits. (*Voir fig. page 32*).

« L'espace prévésical ouvert, je récline en haut le péritoine et la vessie, ainsi que le péritoine latéral. Ce que je vois alors est tout à fait exceptionnel. Une colonne jaunâtre, du volume du pouce, court d'arrière en avant

sur la paroi pelvienne droite et je me demande une seconde si je ne suis pas trop en arrière et s'il ne s'agit pas de la terminaison du plexus sacré. Mais non, je me trouve en avant de cette colonne aucun orifice ou nerf obturateur, et je suis bien forcé d'admettre qu'elle est un sac de hernie obturatrice ; j'en ai d'ailleurs la preuve en incisant en long et en trouvant à son intérieur de l'épiploon adhérent.



« Deux pinces de Kocher amarrent le sac et tirent en arrière ; le cylindre herniaire sort du canal sous-pubien, et se réduit en bloc, sac et contenu ; son extrémité se dégage brusquement et elle apparaît complètement libre, renflée en battant de cloche. Le nerf obturateur est plaqué et nettement aplati contre le pelvis ; je le coupe et j'ai la curiosité d'arracher le bout périphérique ; quoique fortement aplati, il est de volume sensiblement normal sur la longueur de la moitié de l'index, puis vient

une portion sous-jacente renflée, bulbeuse, d'un volume environ trois fois plus fort. L'obturateur était, en somme, laminé dans le pelvis et le canal sous-pubien, et il était hypertrophié au dessous.

« L'orifice profond du canal sous-pubien est béant, bordé en dedans par une sorte de large et solide valvule aponévrotique ; je l'oblitére de trois points de catgut avec une étonnante facilité. Peut-être s'agit-il d'une exceptionnelle possibilité due à la dilatation et à l'assouplissement par le volume et par la longue irréductibilité de la hernie.

« Qui a vu cela peut affirmer que la laparotomie médiane sous-péritonéale est, en pareil cas, une voie d'accès idéale ; elle mène droit à l'orifice obturateur qu'on peut, si c'est nécessaire, débrider à ciel ouvert, sans risque vasculaire et suturer directement si les qualités de l'orifice le permettent ; elle mène droit sur le collet du sac, le vrai, le profond, et même au dessus de lui, comme l'incision de la fosse iliaque conduit au dessus du collet des hernies inguinales et le traitement du sac et de son contenu doit être aussi facile que pour ces dernières.

« Mon malade était peu résistant ; je n'ai pas voulu le fatiguer en prolongeant l'opération pour si peu que ce fût et j'ai abandonné le sac et son contenu épiploïque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; cela ne peut, je crois, avoir aucun inconvénient. Mais je le répète, il était possible de les traiter avec la plus grande aisance.

« A la fin du cinquième mois après l'opération, la situation a légèrement changé. A l'occasion du travail apparaissent quelques douleurs autour de la hanche. Mais la suppression des douleurs du mollet et du pied est restée intégrale. »

Nous avons écrit aux Docteurs CABY, GIMBELLOT et ROY pour leur demander s'ils avaient observé des cas récents de hernie obturatrice.

Les Docteurs CABY et ROY nous ont répondu qu'ils n'en ont pas observé de nouveaux depuis leurs publications de 1943. Le Docteur GIMBELLOT en a observé récemment un cas, mais étranglé d'emblée. Nous les remercions vivement des renseignements qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

Ainsi, nous avons pu recueillir *quatorze observations publiées depuis 1843 de hernies obturatrices non étranglées, s'étant manifestées pendant la vie* et neuf observations faites par hasard au cours d'une autopsie ou d'une dissection.

De plus, un supplément de documentation nous a été fourni par la lecture des observations de hernies obturatrices *étranglées* : dans un tiers des cas environ, il existait, bien avant l'étranglement, des symptômes qui ont été rétrospectivement rattachés à la hernie obturatrice.

* * *

Nous avions eu primitivement l'intention de décrire ici l'anatomie normale de la région obturatrice et celle du trajet obturateur et d'insister, comme il a toujours été classique de le faire, sur l'artère obturatrice, ses branches de division et ses rapports. De tout temps, ces notions ont paru nécessaires à ceux qui avaient la prétention d'opérer, le cas échéant, des étranglements obturateurs. Que la chose ait été utile, c'est certain ; mais il faut remarquer qu'elle l'était surtout pendant la très longue période où l'on est intervenu exclusivement par la voie crurale.

A la réflexion, nous n'avons pas voulu alourdir notre travail en répétant ce que l'on trouve partout de l'anatomie normale du trajet obturateur. Nous ne pouvions d'ailleurs apporter aucune contribution personnelle et originale.

Et puis, il en est un peu de cette question comme de

celle des dystocias pelviennes ; à l'époque où la césarienne était pratiquement inconnue, il fallait, pour faire certains forceps, avoir une connaissance approfondie du défilé pelvien normal et pathologique. Depuis qu'on intervient avec prédilection par la voie haute, ces notions, pour si précieuses qu'elles soient, ont un peu moins d'intérêt.

Or, dans une certaine mesure, on peut comparer l'ancienne façon d'opérer (voie crurale) à la pratique pénible des forceps et à leurs dangers ; et la nouvelle, celle entre autre de la laparotomie sous-péritonéale que nous proposons, à la césarienne, qui tourne l'obstacle.

Ce travail n'est peut-être après tout qu'une contribution modeste, appliquée à une variété de hernies, à l'évolution générale des méthodes chirurgicales, nous voulons dire à l'abandon de la voie basse au profit de la voie haute.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

.....

TRAJET HERNIAIRE

Plusieurs classifications, se fondant sur des points de vue un peu différents, ont été données.

PICQUÉ et POIRIER, selon le chemin emprunté par la hernie, distinguent trois variétés :

Dans la première variété, la hernie, après avoir parcouru le canal, émerge par l'orifice superficiel principal entre le bord supérieur de la bandelette sous-pubienne et la branche horizontale du pubis.

Dans la deuxième, elle émerge par l'orifice superficiel accessoire, entre les faisceaux supérieur et moyen de l'obturateur externe.

Dans la troisième, elle s'insinue dans l'interstice situé entre l'obturateur externe et la membrane obturatrice interne.

ROCHARD distingue aussi trois variétés, mais en se fondant sur le degré de progression du sac herniaire :

1^{er} variété : *hernie interstitielle* : celle qui ne dépasse pas l'orifice externe du canal sous-pubien ;

2^e variété : *hernie retropectinéale* : le sac se développe entre le pectiné et l'obturateur externe ;

3^e variété : *hernie antépectinéale* : la hernie, s'étant frayé un passage entre le pectiné et le moyen adducteur, est devenue sous-cutanée.

Cette classification de ROCHARD est d'un plus grand intérêt pratique, elle donne une idée précise de la variabilité des résultats qu'on doit attendre de la palpation en cas de hernie obturatrice.

La classification de RUST, qui divise les hernies en complètes et incomplètes, selon qu'elles dépassent ou non l'orifice superficiel du canal, n'est qu'une simplification de la précédente.

Les observations de hernies non étranglées que nous avons citées ne permettent pas toujours de dire avec précision à quelle variété appartenait la hernie. Les auteurs ne l'ont jamais spécifié et les renseignements cliniques ou anatomiques qu'ils donnent ne sont pas toujours suffisants.

Les cas cités par GARENGEOT de hernies constatées pendant la vie, appartenaient probablement à la *troisième variété de Rochard*, ou tout au moins à la *variété complète de Rust*.

De même, les cas d'ESCHENBACH, d'OLIVARÈS, de DUPUYTREN, de MULLER.

Sur les cinq observations récentes (publiées depuis 1900), seule celle de VAN ZWALENBURG mentionne la perception d'une tumeur, ce qui permet de penser qu'il s'agissait d'une hernie de la deuxième variété de Rochard. Toutefois, dans deux cas, le diagnostic était discutable.

Les observations cadavériques ont trait, en règle générale, à des cas de hernie incomplète ; seule celle de Duvernay se rapporte avec certitude à une hernie rétropectinéale.

SAC HERNIAIRE

Le sac est presque toujours petit, formant à la racine de la cuisse une tuméfaction de la grosseur d'une noix. La hernie que Muller observa en 1870 était grosse comme

un œuf de poule : c'est déjà fort rare. Et si dans le cas d'Olivarès elle était énorme, elle était surtout constituée par un volumineux lipome.

Jusqu'à FREDET, les auteurs avaient admis très simplement que le sac était constitué par le péritoine. Sur la pièce cadavérique qu'il étudia en 1901, celui-ci constata que l'artère ombilicale était située en dehors de l'orifice profond du canal. Il en conclut que le fascia ombilico-prévésical devait se trouver tendu devant le trou obturateur et par suite être refoulé par les viscères herniés, donc faire partie du sac ; il vérifia, en effet, l'existence, qui est la règle, d'un sac à double paroi, l'externe constitué par le fascia ombilico-prévésical, l'interne par le péritoine du petit bassin. Cette constatation permit à Frédet de déduire que la hernie n'était pas congénitale et d'expliquer la constatation faite avant lui dans certains cas, mais non interprétée, d'un sac à double paroi. Cependant, cette notion n'a pas un bien grand intérêt chirurgical, car le fascia est, en général, très mince et passe inaperçu à l'intervention.

Selon PICQUÉ et POIRIER, le sac des hernies obturatrices dépassant l'orifice sous-pubien superficiel présente habituellement deux collets, susceptibles de devenir des lieux d'étranglements : l'orifice profond est le collet principal ; l'orifice superficiel (supérieur ou inférieur suivant le cas), forme un collet secondaire.

VISCÈRES CONTENUS

Sur les six cas opérés que nous avons pu rassembler, dans quatre le contenu a été noté. MALAVAL a trouvé de l'intestin grêle, avec de l'épiploom adhérent qui rendit l'opération nécessaire. OLIVARÈS et VAN ZWALENBURG trouvèrent de l'intestin.

Dans le cas de notre maître, le Professeur CARAVEN, la hernie contenait un cordon épiploïque. Son extrémité, renflée en battant de cloche, rendait la hernie irréductible. Le nerf obturateur, dont le bout périphérique fut arraché, présentait des traces certaines de compression. Il était aminci et laminé à un endroit de son trajet, puis reprenait avant de se diviser un volume normal. Ce cas : *hernie obturatrice compressive (en dehors de tout étranglement ou subétranglement)* est à notre connaissance, unique.

RAPPORTS DE LA HERNIE AVEC LES ÉLÉMENTS DU CANAL SOUS-PUBIEN

Le rapport du sac avec les vaisseaux et le nerf obturateur n'a pas été noté dans les observations de hernies non étranglées que nous avons lues. Force nous est donc de citer simplement les conclusions, du travail de PICQUÉ et POIRIER : En règle générale, dans les hernies de la 1^{re} variété, les vaisseaux sont en arrière et en dehors du sac ; dans celles des 2^e et 3^e variétés, au contraire, ils sont couchés sur le sac qui est en arrière d'eux. Beaucoup plus rarement le paquet vasculo-nerveux est dissocié par la hernie.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

.....

L'effort a assez souvent été noté, surtout par les anciens auteurs, comme ayant provoqué l'apparition de la hernie. Mais il ne peut expliquer à lui seul la formation d'une hernie aussi rare que la hernie obturatrice.

L'observation fréquente de sacs vides a fait penser qu'elle se produisait dans un *sac préformé*. Mais l'embryologie n'explique pas la présence à cet endroit d'un infundibulum, comme dans la hernie inguinale ; de plus, Frédet a cru pouvoir démontrer que la hernie obturatrice était nécessairement *acquise*.

La largeur anormale de l'orifice sous-pubien profond peut-elle être invoquée ? Deux auteurs seulement l'ont noté : Demeaux et Van Zwalenburg ; c'est insuffisant pour conclure.

Récemment, Lortat-Jacob et Roy ont invoqué comme cause favorisante une *déformation squelettique modifiant la statique pelvienne* ; mais ils ne donnent pas de preuves.

La *femme* est atteinte beaucoup plus souvent que l'homme : dans 75 % à 90 % des cas suivant les statistiques. L'angle plus petit chez la femme du plan du trou ischio-pubien avec l'horizontale, la capacité plus grande du bassin, la plus grande laxité du péritoine pelvien, le relâchement musculaire et aponévrotique dû

aux grossesses et aux accouchements, en sont des explications plausibles.

La hernie survient presque toujours chez des *gens âgés* ; elle est rare avant 50 ans. Et en tenant compte comme l'a fait Paya du nombre des individus vivant à un âge donné, on a pu affirmer qu'elle croissait régulièrement de fréquence avec l'âge.

L'*amaigrissement*, comme pour toutes les hernies, a été souvent noté ; pourtant des hernies obturatrices sont survenues chez des sujets particulièrement gras.

L'*association avec d'autres hernies* est fréquente. Il est logique, dans ce cas, de les rapporter toutes à une cause commune, la laxité des tissus (que l'âge et l'amaigrissement peuvent favoriser) et d'en faire des hernies de faiblesse.

En somme, l'étude des circonstances étiologiques permet de dire que la hernie obturatrice survient surtout chez les gens âgés et amaigris et chez les femmes, mais la cause locale de l'engagement des viscères dans le trou sous-pubien, dans chaque cas, nous demeure inconnue.

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES

.....

Pour étudier les symptômes de la hernie obturatrice non étranglée, nous disposons des quatorze cas publiés jusqu'à ce jour et des enseignements des observations de hernie étranglée, lorsqu'a existé une phase plus ou moins longue de manifestations cliniques avant l'étranglement.

Nous décrirons d'abord les symptômes en eux-mêmes, puis nous exposerons de quelles façons ils peuvent se grouper.

* * *

LES SIGNES FONCTIONNELS relèvent de deux causes : la subocclusion et la souffrance du nerf obturateur.

Dans les cas les moins accentués, la gêne du transit intestinal se traduit par des coliques, généralisées ou siégeant dans un des côtés du bas-ventre, durant quelques minutes et se reproduisant plusieurs fois dans la journée. L'accès dure un ou plusieurs jours et se reproduit à des intervalles variables. La malade de VAN ZWALENBURG offre un exemple typique de ces crises.

Un degré de plus et des nausées, des vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, viennent compléter le tableau d'un état de *subocclusion* qui souvent se résout spontanément au bout de quelques jours. Les cas où de telles manifestations se sont répétées pendant des années

avant d'aboutir à un étranglement véritable sont nombreux. Nous citerons en exemple l'observation de la malade de SMITH (1830) qui vint le consulter pour des douleurs abdominales diffuses, une constipation opiniâtre et une intolérance gastrique absolue. « Elle n'était pas effrayée » dit l'auteur, « car elle avait éprouvé *depuis 20 ans plusieurs attaques semblables* ». Mais cette fois-là, les signes persistèrent et la malade mourut au bout de huit jours d'occlusion intestinale.

La souffrance du nerf obturateur se traduit par une névralgie ; elle est connue sous le nom de *SIGNE DE ROMBERG*. Les douleurs ont pour siège la face interne de la cuisse, le genou et parfois le mollet et le pied. Elles peuvent être très vives avec sensation de fourmillement et d'engourdissement de tout le membre ou se réduire à un endolorissement léger de la partie supéro-interne de la cuisse. Dans d'autres cas, leur maximum ou le début des crises au mollet ou au pied fait dévier le diagnostic. Elles peuvent s'accompagner de paresthésie des adducteurs ou plus rarement de contracture. .

Le seul *SIGNE PHYSIQUE* important est la *tumeur herniaire*.

Parfois, son apparition, accompagnée de douleurs, au cours d'un effort, fixe d'emblée le diagnostic.

C'est presque toujours une petite tuméfaction de la grosseur d'une noix, rarement d'un œuf de poule ou d'une pomme, et si, dans l'observation d'OLIVARÈS, elle était énorme, il s'agissait, nous l'avons vu, d'un cas complexe.

Elle est située à la partie supéro-interne de la cuisse, un peu au dessous du pli de l'aîne, en dedans des vaisseaux fémoraux.

Si la hernie est rétro-pectinée, elle est profonde,

difficile à percevoir et à délimiter. Si elle est antepectinéale on peut facilement en apprécier les limites et les caractères : molle, impulsive à la toux et suivant les cas, réductible (avec ou sans gargouillement), irréductible, ou partiellement réductible.

Elle est en général réductible. Si on excepte le cas d'OLIVARÈS trop particulier, seul MALAVAL trouva une *tumeur partiellement irréductible*.

Dans le cas du Professeur CARAVEN, les constatations opératoires ont permis de penser que la hernie était irréductible ; mais elle ne s'était pas accompagnée de tumeur cliniquement perceptible.

En l'absence de tumeur, la *pression au niveau de l'orifice sous-pubien superficiel* peut révéler parfois deux signes importants : une *douleur localisée*, qui est probablement due à la pression sur la hernie elle-même (cas de MILLIGAN, MARSHALL, VAN ZWALENBURG) ; une *douleur le long du trajet du nerf obturateur*, analogue à celle décrite par Romberg, mais révélée par la pression.

Si on soupçonne une hernie obturatrice, on n'omettra pas de pratiquer un *toucher vaginal ou rectal*. Il est prouvé, en effet, qu'on peut atteindre par le vagin l'orifice sous-pubien profond (SCOTT LANG).

En cas de hernie non étranglée, seul VAN ZWALENBURG (deuxième observation) a obtenu par cette manœuvre la perception de l'anse. Mais en cas d'étranglement l'anse ou une corde épiploïque ont été plusieurs fois perçus.

Des examens complémentaires peuvent-ils faciliter le diagnostic de hernie non étranglée, ?

Le seul document que nous connaissions à ce sujet est l'observation de THOYER-ROZAT où le diagnostic fut porté à la suite d'un *examen radiologique*. La vérification opératoire ne fut pas faite, aussi le diagnostic nous

semble douteux. Mais il serait évidemment intéressant de toujours rechercher s'il existe des signes radiologiques en raison de la pauvreté générale du syndrome des hernies obturatrices.

* * *

Nous allons examiner maintenant comment se sont groupés les signes dans les cas dont nous avons eu connaissance et quelle est la fréquence relative des différents ASPECTS CLINIQUES.

Dans huit cas sur les quatorze que nous avons rapportés, l'attention fut attirée par *la tumeur*. Et, si on excepte le cas de Dupuytren où des nausées, des vomissements et des douleurs intestinales traduisaient un état de sub-étranglement, elle était *le seul signe* de la hernie obturatrice.

Remarquons toutefois qu'il n'en faut pas conclure que la hernie obturatrice donne souvent une tuméfaction notable : car les cas où la hernie, incomplète et sans manifestations fonctionnelles reste entièrement méconnue si une dissection ne vient pas la révéler, sont probablement les plus nombreux.

La présence de *signes fonctionnels* est donc relativement rare ; de plus, les auteurs ont souvent noté des *circonstances particulières* qui l'expliquent.

Dans le cas du Professeur CARAVEN, par exemple, le signe de Romberg était parfaitement expliqué par l'*irréductibilité* de la hernie et le renflement en battant de cloche de l'extrémité de l'épiploon hernié.

La présence du signe de Romberg en l'absence de signe de subocclusion intestinale est exceptionnelle. Nous n'en avons relevé que ce cas et celui d'HORINE, où rien dans l'observation ne nous permet d'expliquer cette particularité.

Plus fréquente est l'association du signe de Romberg et de signes de subocclusion intestinale, qui traduit un état de *subétranglement* : le cas de VAN ZWALENBURG en est un exemple très remarquable. La lecture des observations de hernie obturatrice opérée en cours d'étranglement, mais s'étant manifestée longtemps auparavant par des signes fonctionnels, nous en fournit plusieurs autres.

Il existe aussi d'assez nombreux cas où la hernie s'est manifestée pendant plusieurs années par des crises de subocclusion sans signe de Romberg.

* * *

Nous n'avons pu fonder cette étude clinique que sur un nombre restreint de cas, nous croyons néanmoins pouvoir distinguer *deux formes* de la hernie obturatrice non étranglée :

Une forme *simple* dont la seule manifestation est la tumeur herniaire.

Une forme *compliquée*, à laquelle appartiennent les manifestations fonctionnelles.

Le plus souvent, la complication est constituée par des *crises de subétranglement qui rétrocedent spontanément* et se répètent pendant des années, avant d'aboutir à un étranglement confirmé. Encore, la mort peut-elle ne pas être causée par un étranglement véritable : la deuxième observation de Van Zwalenburg nous en fournit un exemple remarquable, vérifié anatomiquement. L'auteur insiste sur l'état de l'intestin : « Il n'y avait pas d'étranglement ; l'intestin était simplement incarcéré ; obstruction complète sans étranglement. »

Beaucoup plus rarement, comme dans le cas de notre Maître le Professeur CARAVEN, il s'agit d'une *hernie compressive* se manifestant par une névralgie obturatrice sans troubles du transit intestinal.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

.....

Le diagnostic différentiel de la hernie obturatrice se présente de façon toute différente suivant la forme clinique.

* * *

Une *tumeur* à la racine de la cuisse fait penser tout de suite à une hernie. Parfois, pourtant, on diagnostique au début un abcès, un anévrysme, une dilatation variqueuse de la veine saphène interne. En fait, on doit surtout distinguer la hernie obturatrice de la hernie crurale. Dans sa variété habituelle, celle-ci est située plus en haut et plus en dehors et plus superficielle que la hernie obturatrice, dont on sent parfois le pédicule s'enfoncer dans la profondeur de la région obturatrice.

* * *

Si, en l'absence de tumeur, il existe des crises de *subocclusion avec signe de Romberg*, on sera tout de suite orienté vers la hernie obturatrice, car leur association ne se rencontre que dans cette affection.

S'il n'y a que des signes intestinaux, il est impossible de porter le diagnostic exact. On peut seulement dire : crises de subocclusion de cause indéterminée, et on ne pensera à la hernie obturatrice que comme une des causes possibles de cette subocclusion, qu'il faut toujours rechercher et notamment par le toucher vaginal.

* * *

Dans les rares cas où les douleurs névralgiques sont isolées (tel le cas du Professeur CARAVEN), peut-on faire le diagnostic ?

Il faut d'abord reconnaître qu'il s'agit d'une névralgie du nerf obturateur, et ne pas attribuer les douleurs à un rhumatisme de la hanche, à une coxarthrie.

Puis, lorsqu'on aura rapporté les douleurs à une névralgie obturatrice, il faudra encore, avant de porter le diagnostic de hernie, éliminer les autres affections qui peuvent la produire.

Les affections génitales sont les plus fréquentes de celles-ci : salpingo-ovarite, phlegmon, kyste ou fibrome du ligament large, cancer de l'utérus ou de la prostate.

C'est exceptionnellement que d'autres lésions, très diverses, ont pu être en cause : traumatisme ancien de la ceinture pelvienne (tel que fracture du fond de la cavité cotyloïde, fracture de la branche ischio-pubienne) ; ostéite du cotyle ou du pubis ; péritonite localisée ; abcès d'appendicite pelvienne ; voire cancer du pôle inférieur du rein.

On a également signalé une paralysie du nerf obturateur avec douleurs, en rapport avec l'état puerpéral. Elle survient surtout pendant les suites de couches et est attribuée par les uns au traumatisme obstétrical, par les autres à l'auto-intoxication gravidique.

En fait, en dehors des affections génitales qui ont leurs signes propres, il s'agit de cas exceptionnels qui n'ont été signalés qu'une ou deux fois dans la littérature médicale. Aussi, le point important est de rapporter les douleurs à la névralgie obturatrice. La lecture des observations de hernie obturatrice étranglée ou non prouve que souvent l'interprétation a été erronée.

S'il y a *coexistence de coxarthrie et de hernie obturatrice*, seule la topographie des douleurs est susceptible de traduire la hernie.

Les douleurs de la névralgie obturatrice siègent à la partie supéro-interne de la cuisse et irradient à la face interne de la cuisse, au genou et parfois au mollet et au pied.

« Dans les cas les plus typiques », disent OMBREDANNE et MATHIEU dans leur traité de Chirurgie Orthopédique, « la douleur initiale de la coxarthrie siège à la hanche, c'est-à-dire à la base du triangle de Scarpa (douleur inguinale) ».

Mais la douleur de la coxarthrie peut aussi siéger « au genou, suivant une notion commune à toutes les arthrites de la hanche ».

Seules, en pareil cas, les douleurs à longue portée (mollet, pied) pourraient peut-être faire soupçonner la hernie. Suffisent-elles pour qu'on puisse porter le diagnostic de coexistence ? Nous croyons la chose à étudier, mais on ne peut l'affirmer sur une seule observation.

Dans le cas de notre Maître le Professeur CARAVEN, le diagnostic de la hernie ne fut pas fait ; il attribua toutes les douleurs à la coxarthrie. L'évolution seule permit de penser que les douleurs du mollet et du pied étaient dues à la hernie ; les douleurs du haut de la cuisse étaient dues à la coxarthrie et persistèrent en partie.

Si la névrotomie de l'obturateur se généralise en matière de coxarthrie, peut-être trouvera-t-on de nouveaux cas de hernie obturatrice compressive et pourra-t-on préciser davantage sa fréquence et sa symptomatologie.

Cependant, lors de la discussion de la communication du Professeur Caraven à l'Académie de Chirurgie (2 mai 1945), PADOVANI déclara que sur une quarantaine de névrotomies obturatrices pour coxarthrie, pratiquées par voie sous-péritonéale, il n'avait jamais rencontré de hernie obturatrice.

TRAITEMENT

.....

Le bandage herniaire a été employé autrefois. Que vaut-il ?

Les dispositions anatomiques en rendent l'emploi peu efficace. L'orifice sous-pubien superficiel, recouvert par les téguments et les deux plans du muscle pectiné, est très profond : il est à peu près impossible qu'une pelote vienne l'obturer exactement. Et même si la contention était suffisante pour que la hernie ne puisse dépasser l'orifice superficiel, les viscères pourraient quand même s'engager dans toute la longueur du canal sous-pubien et s'y étrangler.

Le bandage est mal supporté. Appliqué sur la racine de la cuisse, en une région très mobile, il frotte pendant la marche sur la peau, qui s'irrite. Et on est souvent obligé de l'enlever, comme dans les cas de DUPUYTREN et de MARSHALL.

Pourtant, la lecture des observations anciennes indique que plusieurs auteurs auraient obtenu une guérison, qu'ils ont cru pouvoir affirmer durable, en associant à un bandage compressif un *repos au lit de plusieurs semaines* (ESCHENBACH en 1769, MULLER en 1870 pour des hernies non étranglées ; GARENGEOT et plusieurs autres, pour des hernies étranglées, après réduction par taxis). Pourrait-on, aujourd'hui encore, employer cette méthode palliative, lorsque le malade est trop fatigué ou

trop âgé pour être opéré ? C'est bien discutable, et peut-être vaudrait-il autant ne rien faire du tout.

*
* *

Le seul traitement de la hernie obturatrice non étranglée est en réalité l'opération, comme pour les hernies courantes. Et elle doit être une véritable cure radicale, consistant dans la résection du sac et l'oblitération du trajet.

Mais l'accord n'est pas fait sur la question fondamentale de la voie d'abord.

Quatre voies (avec des variantes) ont été employées :

La voie crurale, par incision à la partie supéro-interne de la cuisse ;

La voie sus-inguinale, par incision sus-jacente et parallèle à l'arcade crurale ;

La voie combinée (abdomino-crurale) ;

Les laparotomies.

La voie crurale, qui fut celle des anciens et notamment de MALAVAL, a été la seule employée tant que les chirurgiens eurent la crainte d'ouvrir l'abdomen et le péritoine. Elle est aujourd'hui rejetée par tous. Elle n'atteint le sac que profondément, dans l'interstice qui sépare le pectiné du moyen adducteur : même si on sectionne ou dissèque le pectiné, la hernie reste profonde et on travaille au fond d'un puits. La résection du sac ne peut être faite que jusqu'à l'orifice superficiel du canal sous-pubien. Le trajet ne peut être oblitéré ; on peut seulement tenter d'obturer l'orifice superficiel, mais on ne dispose pour cela d'aucun procédé efficace.

La voie crurale ne permet pas la cure radicale : aussi, est-elle définitivement et unanimement condamnée.

En 1941, le Professeur CARAVEN a imaginé d'urgence, au cours d'une opération difficile, la voie crurale avec résection ilio-pubienne ; il s'agissait d'un cas d'étranglement qu'il n'avait pas pu lever par laparotomie ; ce procédé n'a pas d'indications dans les hernies non étranglées.

La voie *sus-inguinale* a été employée, en cas de hernie non étranglée (sous le nom de voie inguinale), par MILLIGAN, en 1917.

On incise la peau parallèlement à l'arcade crurale, à un travers de doigt au dessus d'elle, sur huit à dix centimètres, en découvrant en dedans l'orifice externe du canal inguinal ; puis les muscles larges sont incisés en dehors ou désinsérés de l'arcade crurale, et le cordon spermatique ou le ligament rond réclinés vers le haut. On repousse alors le cul-de-sac péritonéal vers le haut et on arrive peu à peu sur le collet de la hernie. MILLIGAN n'ouvrit pas le péritoine : on pourrait le faire en cas de besoin.

Cette voie nous paraît présenter des inconvénients :

Elle est relativement compliquée. Après avoir incisé le grand-oblique dans sa partie aponévrotique, on arrive sur les *fibres musculaires* du petit oblique et du tranverse qui se terminent sur le tendon conjoint : on les sectionne ou on les désinsère de l'arcade crurale ; il faudra donc en assurer plus tard la suture, ce qui est déjà une complication.

L'accès sur l'orifice profond du canal sous-pubien est-il commode par cette voie ? Certes, on est au-dessus du collet du sac ; mais il est lui-même dans la profondeur, et encore relativement loin.

En réalité, cette voie ne donne qu'un jour très médiocre.

Son étroitesse est reconnue par ceux qui l'ont

employée, par exemple Caby et Paya (dont la voie combinée comporte l'incision sus-inguinale). Pour y remédier, les auteurs conseillent de « se donner autant de jour que l'on veut en désinsérant les muscles larges de l'arcade crurale ». Très bien, mais les difficultés de réfection de la paroi en seront augmentées d'autant.

Dans un cas de Caby et Paya, il fallut réopérer un an après pour hernie inguinale. Malgré que cette hernie inguinale fut bilatérale, qui pourrait prétendre que l'incision du trajet inguinal faite un an avant n'était pour rien dans l'apparition d'une hernie de ce côté ?

La voie combinée (abdomino-crurale) n'a été employée que pour le traitement des hernies *étranglées*. C'est une conception opératoire qui résulte de circonstances cliniques particulières (diagnostic d'occlusion) ou de difficultés de réduction de l'anse herniée.

Souvent, le chirurgien ayant fait une laparotomie médiane pour occlusion et ayant découvert une hernie obturatrice étranglée, complète par une incision crurale : c'est un procédé de circonstance.

D'autres opérateurs ayant fait une incision sus-inguinale l'ont complétée par une incision crurale ; ayant trouvé le procédé avantageux, ils en ont conseillé l'emploi systématiquement, dans tous les cas de hernie obturatrice étranglée ou non. Mais on peut dire que ce conseil, à priori, reste bien théorique. La ligne d'incision, dans ce cas, comprend une incision parallèle à l'arcade crurale, qui est la même que dans la voie sus-inguinale. De son extrémité interne part une deuxième incision qui descend sur la cuisse parallèlement aux vaisseaux fémoraux, sur une dizaine de centimètres. L'ensemble dessine un « L » renversé à angle supéro-interne.

Par voie crurale, on incise le sac herniaire et on évacue les liquides plus ou moins septiques qu'il peut

contenir (n'oublions pas que les auteurs n'ont appliqué ce procédé qu'aux hernies étranglées). Par l'incision abdominale, on réduit l'anse et on traite l'intestin et le sac.

Diverses variantes ont été proposées : GAUTHIER, pour atteindre l'extrémité inférieure du sac, désinsère le pectiné, alors que CABY et PAYA passent entre pectiné et moyen adducteur. LUZES propose la section de l'arcade crurale ; cela paraît bien excessif.

Ce ne sont là que des détails. Que vaut la voie combinée dans son ensemble ?

Est-il utile, est-il opportun d'utiliser pour une hernie non étranglée une technique aussi compliquée, qui aboutit, en somme, à deux opérations ?

CABY et PAYA disent : oui. Nous pensons qu'on peut répondre hardiment : non.

Nous croyons que la voie combinée résulte seulement des difficultés spéciales à certains cas d'étranglement, et qu'il serait abusif de traiter de la même manière des cas de hernie non étranglée qui ne présentent en eux-mêmes aucune difficulté spéciale.

La voie combinée à certains cas d'étranglement, oui ; mais pour les cas non étranglés, jamais.

La *laparotomie intrapéritonéale* a été souvent employée en cas de hernie étranglée, diagnostiquée ou non.

VAN ZWALENBURG en 1911 et HORINE en 1927, l'ont employée dans deux cas de hernie non étranglée.

Il est arrivé ce qui devait arriver, à savoir que le retournement du sac et la fixation à la manière de Barker se sont trouvés possibles : c'est naturel. Mais après ? La barrière séreuse a empêché ces auteurs de rien faire sur l'orifice obturateur profond, et à plus forte raison, sur le trajet herniaire. De sorte que l'opération s'est bornée à la résection du sac ; rien n'a été fait pour obturer le trajet ;

il n'y a pas eu cure radicale ; et, dans le cas de VAN ZWALENBURG, il y a eu *récidive*. (Dans le cas de HORINE, le malade, mort d'accident, ne vécut pas assez longtemps pour qu'on fût sûr de la non récidive au bout d'un temps suffisamment long).

Disons, en définitive, que le choix de la laparotomie intrapéritonéale condamne l'opérateur à une *opération décomplétée*, qui consiste dans la seule résection du sac.

Notre maître, le Professeur CARAVEN, est le seul à notre connaissance à avoir fait la *laparotomie médiane sous-péritonéale*. Cette technique offre de réels avantages.

Et d'abord la simplicité et la bénignité de ce type général de la laparotomie sont bien connues. Cette opération donne-t-elle sur la hernie un accès commode ? Sans aucun doute. Certaines précautions doivent cependant être prises. Il faut prolonger l'incision du plan musculaire très bas au devant de la symphyse pour obtenir un écartement maximum des grands droits à leur partie basse. La position de Trendelenburg assure naturellement le refoulement de l'intestin, protégé par le péritoine. Celui-ci est largement décollé et on obtient sur la région herniaire un accès extrêmement large ; on aperçoit non seulement l'orifice herniaire, mais toute la région obturatrice, avec ses vaisseaux et son nerf (derrière le sac) ; et aussi la région de la branche ilio-pubienne, jusqu'au bord interne de la veine iliaque externe.

On est au-dessus du sac, comme le sont les chirurgiens qui incisent la fosse iliaque pour arriver, en sous-péritonéale, au-dessus du collet des hernies inguinales.

Une fois le sac extrait, par simple traction du trajet herniaire, une fois le contenu traité si on le juge convenable et le sac ligaturé et réséqué, on est en région avivée, conjonctive, qu'on peut traiter comme on veut, avec la certitude que les chairs s'accoleront, après suture orificielle ou autoplastie aponévrotique.

Si le sac, seul ou avec son contenu (hernie irréductible) ne se laisse pas attirer, on peut aisément, sous le contrôle rigoureux de la vue, sans aucun risque hémorragique, inciser l'orifice et prolonger l'incision sur la paroi postéro-interne du trajet herniaire ; il est clair que si, par inadvertance, une artère était blessée, son pincement et sa ligature seraient aisés. Il s'agit à proprement parler d'un débridement et, pour tout dire, d'une opération à ciel ouvert.

Dans le cas de notre maître, l'irréductibilité de longue date (neuf ans au moins) avait dilaté fortement et assoupli l'orifice herniaire profond. Et il fut extrêmement facile de le suturer de trois points.

Peut-être ne sera-ce pas toujours possible. Si c'était infaisable, il serait simple de tailler une bandelette aponévrotique à pédicule inférieur dans la ligne blanche et de la tasser dans le trajet herniaire avant de refermer la paroi.

En somme, à la différence de la laparotomie intrapéritonéale, qui permet seulement la résection du sac, la laparotomie sous-péritonéale *permet une vraie cure radicale* et, si on la fait médiane, elle est *d'une exécution facile et elle donne le maximum de jour et d'aisance*.

*
* *

Le traitement du trajet herniaire n'a pas toujours été fait. Dans la plupart de ces cas, il s'agissait d'un malade en plein étranglement et l'opérateur, qui n'avait pas fait le diagnostic, s'est borné à le lever, parant ainsi au plus pressé.

Mais l'importance de ce temps opératoire est montrée par la fréquence des *récidives* : 25 % des cas d'après MEYER ; 20 % d'après PAYA ; parfois la hernie a récidivé plusieurs fois. On ne saurait donc admettre que le traitement du trajet ne soit pas mis en œuvre.

Encore faudra-t-il choisir un procédé réellement efficace, et nombreux sont ceux qui, à l'usage, se sont révélés insuffisants.

Les uns consistent à fermer le canal à l'orifice superficiel : ils sont à rejeter en bloc. VAN ZWALENBURG en résume heureusement la raison : « La forme en tube de l'orifice herniaire empêche d'espérer un résultat satisfaisant ; la fermeture du bout externe ne saurait empêcher l'entrée dans le bout interne. »

Notre maître, le Professeur CARAVEN oblitéra de trois points de catgut avec la plus grande facilité, l'*orifice profond* du canal, qui présentait en dedans une sorte de valvule aponévrotique distendue et assouplie par une longue irréductibilité. Mais il se demande s'il ne s'agissait pas là d'une disposition exceptionnelle.

HOMIER, ayant fait en 1917 une suture directe de l'orifice profond, vit une récurrence se produire huit mois plus tard.

VAN ZWALENBURG, dont nous avons cité l'observation *in-extenso*, retourna le sac pour le fixer à la paroi. Au bout de 6 à 7 ans, les symptômes réapparurent et une des crises d'obstruction intestinale par lesquelles se manifestait la hernie aboutit à la mort de la malade.

LORTAT-JACOB essaya d'amener à la branche horizontale du pubis les muscles obturateurs, d'après la technique de GAUTHIER, mais la membrane obturatrice rigide ne se laissa pas attirer et les fils coupèrent.

La résection de la branche horizontale du pubis aurait parfois, au dire de certains auteurs, empêché la récurrence (?) ; on est obligé de se demander comment !

En réalité, l'orifice profond, mi-osseux, mi-fibreux, ne peut être efficacement oblitéré, dans la généralité des cas, que par une plastie.

SCHWARZCHILD, BARDENHEUER et GUNDERMAN ont utilisé une lambeau ostéopériostique pubien ; la technique est délicate et le lambeau peut se résorber.

D'ingénieuses plasties musculaires ont été proposées : STRATTER a proposé de passer un lambeau du pectiné à travers le canal « en bouchon » et de le fixer à l'orifice profond. CABY a employé deux fois avec succès le moyen adducteur. Ce procédé implique l'emploi de la voie abdomino-crurale, que nous n'approuvons pas en matière de hernie non étranglée.

LORTAT-JACOB et ROY, utilisant la voie sus-crurale, proposent de tailler un lambeau aponévrotique sur le grand oblique et de l'appliquer en rideau sur l'orifice profond.

La voie médiane sous-péritonéale que nous proposons permet-elle d'utiliser une plastie ? Bien entendu ; il suffit, par exemple, de tailler sur la ligne blanche une bandelette à pédicule inférieur et de la tasser « en bouchon » dans le trajet herniaire, en fixant, au besoin, par un point de suture, le dernier centimètre introduit.

* * *

Nous résumerons ainsi, dans son ensemble, le traitement que nous proposons pour la hernie obturatrice non étranglée.

1^o Laparotomie médiane sous-péritonéale (il serait plus correct de dire extra-péritonéale) ; incision musculaire poussée bas au devant de la symphyse ; décollement large du péritoine ;

2^o Réduction de la hernie, résection du sac après traitement du contenu, s'il y a lieu ;

3^o Traitement du trajet en tassant dans le canal sous-pubien, une bandelette aponévrotique taillée sur la ligne blanche ; à moins que l'opérateur ait eu la chance de pouvoir, comme notre maître, suturer directement et solidement l'orifice obturateur endo-pelvien.

RÉSUMÉ - CONCLUSIONS

.....

Les hernies obturatrices étranglées, sans être fréquentes, ont pu néanmoins être bien étudiées, surtout dans ces derniers temps. Il s'agit souvent d'étranglements d'emblée, qui n'ont pas été précédés de symptômes au long cours.

La question de la meilleure voie d'accès opératoire reste, en pareil cas, discutée ; elle est généralement soumise aux incertitudes du diagnostic. Mais la manière d'oblitérer le trajet herniaire semble pratiquement résolue : la plupart des auteurs récents procèdent par autoplastie (musculaire ou aponévrotique).

* * *

A l'occasion d'un cas qui fut opéré devant nous par notre maître, le Professeur Caraven, nous avons voulu étudier, dans ce travail, les hernies obturatrices *non étranglées*.

* * *

Elles existent indiscutablement, mais elles sont infiniment plus rares, et leur *diagnostic* reste exceptionnel.

La constatation d'une tumeur obturatrice réductible a pu en établir le diagnostic avant l'opération ; contre toute attente, cette tumeur est parfois volumineuse.

Mais lorsqu'il n'y a pas de tumeur, le diagnostic reste bien difficile, si tant est qu'on puisse le faire. L'existence d'une névralgie obturatrice a-t-elle de la valeur ? D'après les observations que nous avons parcourues, cette névralgie ne s'observe guère que dans les étranglements ou dans les subétranglements (qui sont fréquents et peuvent être passagers). Presque seule, l'observation de hernie non étranglée mais irréductible de notre maître le Professeur Caraven mentionne une névralgie obturatrice vive, à longue portée (mollet et pied) ; elle a été donnée par la compression herniaire de l'obturateur.

Dans les cas de coexistence de hernie obturatrice et de coxarthrie (ou de lésion chronique quelconque de la hanche), il doit être bien difficile, il doit être parfois impossible, de « ventiler » la part de névralgie qui résulte de la compression herniaire et celle que donne la coxarthrie.

Dans le cas de notre maître, le diagnostic ne fut pas fait ; il attribua la totalité des douleurs à la coxarthrie. L'évolution seule permet de penser que les douleurs du mollet et du pied étaient dues à la hernie ; les douleurs du haut de la cuisse étaient dues à la coxarthrie et elles persistèrent en partie.

Les douleurs à longue portée (mollet, pied) révéleraient-elles une hernie compressive ? Les douleurs à courte portée (triangle de Scarpa, fesse), traduiraient-elles seulement la souffrance de la hanche ? La chose est à étudier ; nous manquons actuellement de documents probants.

Existe-t-il des signes radiologiques de hernie non étranglée ? Un auteur récent l'a cru. Son observation manque du contrôle opératoire. Mais il est évident que dans un cas à symptomatologie fruste, l'éventuel apport radiologique (longue persistance d'une opacité sous-pubienne) pourrait avoir son importance.

Si la névrotomie de l'obturateur se généralise, en

matière de coxarthrie (et cela pourrait être en raison de la facilité, de la bénignité et de l'efficacité relative de cette opération mineure), peut-être observera-t-on de nouveaux cas de hernie obturatrice compressive et pourra-t-on préciser davantage sa fréquence, les règles de son diagnostic positif ainsi que celles de son diagnostic différentiel d'avec les douleurs de coxarthrie.

* * *

En cas de diagnostic précis de hernie non étranglée (réductible ou irréductible) *quel traitement convient-il d'adopter ?* Evidemment, comme pour toutes les hernies, la résection du sac avec traitement éventuel de son contenu et la réparation de la paroi.

Quelle voie permet aisément ces réalisations ?

La voie crurale est définitivement condamnée.

La voie sus-inguinale donne un jour médiocre qui ne permet pas une opération aisée.

Les voies combinées (abdomino-crurales), parfois imposées par les circonstances en matière de hernie étranglée, ne sont pas de mise dans les hernies non étranglées.

Restent les laparotomies :

La laparotomie intra-péritonéale est à rejeter ; elle permet seulement la ligature du collet du sac, ce qui expose aux récidives ;

Nous croyons que la meilleure voie d'abord est la *laparotomie médiane sous-péritonéale*, extra-péritonéale par opposition avec la précédente, que nous avons vu employer par notre maître le Professeur Caraven.

Elle conduit directement au-dessus du collet du sac ; elle permet la réduction et, occasionnellement, la réduction en bloc du sac et de son contenu, (s'il est irréductible), soit par traction simple, soit après débridement

sous le contrôle de la vue de l'orifice obturateur interne. Elle permet un traitement facile du sac et de son contenu. Notre maître a pu suturer avec une schématique aisance l'orifice obturateur endo-pelvien. S'il arrivait que la chose fût impossible, il serait simple de tailler dans la ligne blanche une bandelette à pédicule inférieur et de la tasser dans le trajet herniaire avant de refermer l'incision de laparotomie.



Vu :

Le Doyen,

BAUDOUIN.

Vu :

Le Président de Thèse,

CADENAT.

Vu et Permis d'Imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

.....

Cette bibliographie a été établie avec le gracieux concours des Fichiers du Monde Médical.

ALBERTIN. — *Province médicale*, mars 1898, t. XI, p. 114.

BERNARD. — Hernies obturatrices. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 2029, p. 3.)

BONNET. — Le diagnostic et le traitement de la hernie obturatrice étranglée. (*Lyon chirurgical*, février 1926, t. XXII, pp. 44 et 199.)

BOURDE. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*, 10 avril 1933, p. 204.

CABY et PAYA. — Traitement de la hernie obturatrice avec fermeture totale du trajet herniaire. (*Journal de Chirurgie*, tome 59, n^{os} 9-12, 1943, p. 241.)

CARAVEN. — Hernie obturatrice étranglée depuis 12 à 15 jours, abordée par résection ilio-pubienne et guérie. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, décembre 1941, t. LXII, p. 915.)

CARAVEN. — Hernie obturatrice irréductible et douloureuse et coxarthrie. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, séance du 2 mai 1945.)

CARBILLET. — Essai sur la sémérologie du nerf obturateur. (*Thèse Lyon*, 1923.)

DEMEAUX. — *Bulletin de la Société Anatomique*, année 1839, n^o 20.

DUPUYTREN. — *in Thèse VINSON*, Paris, 1844.

ESCHENBACH. — *in Thèse VINSON*, Paris, 1844.

FREDET. — Remarques à propos d'une pièce de hernie obturatrice. (*Revue de Chirurgie*, 1901, t. XXIII, p. 112.)

- FORGUE. — *Pathologie externe* (1935), t. II, p. 540.
- FOURMESTRAUX (DE). — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 23 nov. 1927, p. 1293.
- GARENGEOT (M. de). — Mémoire sur plusieurs hernies singulières. (*Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, année 1743, tome I, partie III, p. 353.)
- GAUTHIER. — Hernie obturatrice étranglée coexistant avec une hernie crurale réductible. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1923, p. 682.)
- GIMBELLOT. — in *Thèse MACHOIRE*, Paris 1942.
- GUNDERMANN. — *Beitrag zur klin. chir. Tubingen*, 1920, t. 118, p. 156.
- HEUERMANN. — in *Thèse VINSON*, Paris, 1844.
- HORINE. — Obturator Hernia (*Annals of Surgery*, nov. 1927, vol. 86, p. 776.)
- LAWRENCE. — in *Thèse VINSON*, Paris 1844.
- LÉON MARIE. — *Union médicale*, 1868, n° 59, p. 757.
- LORTAT-JACOB et ROY. — Hernie obturatrice étranglée. A propos de quatre cas. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, séance du 20 octobre 1943, tome 69, p. 477.)
- LUZES. — Nouvelle technique chirurgicale pour les hernies obturatrices. (*Congrès de Chirurgie de Paris*, 1932, p. 849.)
- MACHOIRE. — Les hernies obturatrices étranglées. (*Thèse Paris*, 1942.)
- MARSHALL. — *Boston medical and surgical Journal*, 1919, p. 367.
- MILLIGAN. — The inguinal route for radical cure of obturator hernia. (*British medical journal*, London, 1919, t. II, p. 134.)
- MULLER. — in *Thèse PIMBET*, Paris, 1882.
- NARD. — *Bordeaux chirurgical*, avril 1935, p. 133.
- OLIVARÈS. — *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, t. III, 1845, p. 340.
- OMBREDANNE et MATHIEU. — *Traité de chirurgie orthopédique*, Masson éditeur, 1937.

- PADOVANI. — La section du nerf obturateur dans le traitement de la coxarthrie. (*Revue médicale française*, juin 1942, n° 6, p. 155.)
- PAWLOFF. — Le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée. (*Thèse Lyon*, 1922, n° 132.)
- PAYA. — Les hernies obturatrices. (*Thèse Paris*, 1943, n° 273.)
- PICQUÉ et POIRIER. — Etude sur la hernie obturatrice. (*Revue de Chirurgie*, 1891, p. 693 et 957 ; et 1892, p. 330.)
- PIMBET. — De la hernie obturatrice. (*Thèse Paris*, 1882, n° 367.)
- PUY. — *Thèse Montpellier*, 1927.
- ROCHARD. — Les hernies, Doin, éditeur à Paris, 1904.
- ROMBERG. — *in Thèse PIMBET, Paris*, 1882.
- ROUVIÈRE. — *Anatomie descriptive et topographique*, Masson éditeur, 1932.
- RUST. — *in Thèse VINSON, Paris*, 1844.
- SCHWARZSCHILD et BARDENHAUER. — *Deutsch-zeitsch. f. chir.*, t. 74, 1904, p. 718.
- SCOTT LANG. — *in PICQUÉ et POIRIER*.
- SMITH. — *in Thèse VINSON, Paris*, 1844.
- TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*, t. II, p. 835, Doin éditeur, Paris, 1906.
- THOYER-ROZAT. — Un cas de hernie obturatrice mis en évidence par l'examen radioscopique. (*Bulletin et Mémoires de la Société d'électro-radiologie médicale de France*, séance du 13 janvier 1931.)
- VINSON. — De la hernie sous-pubienne. (*Thèse de Paris*, 1844, n° 240.)
- ZWALENBURG (VAN). — Report of the radical cure of a double obturator hernia (*Surgery, gynecology and obstetrics*, Chicago, avril 1913, p. 422.)
- ZWALENBURG (VAN). — Final report of a double obturator hernia. (*Surgery, gynecology and obstetrics*, Chicago, octobre 1921, p. 429.)
- Nous n'avons pu consulter l'ouvrage suivant, où se trouve rapporté, selon Vinson, le cas de DUPUYTREN :
- SABATIER. — *La Médecine opératoire*, édition 1832, Bégin et Sanson éditeurs à Paris, t. III, p. 638.

TABLE DES MATIÈRES

.....

	Pages
Introduction	9
Les observations publiées de hernies obturatrices non étranglées.	12
Anatomie pathologique.	36
Etiologie et pathogénie.	40
Symptômes et formes cliniques	42
Diagnostic différentiel	47
Traitement	50
Résumé-conclusions.	59
Bibliographie.	64



